

.....  
.....  
.....  
.....

**ANKIETA DLA KOBIET  
OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY**

Nr identyfikacyjny badania: ..... Data badania: .....  
Symbol preparatu: ..... Adres zamieszkania  
1. PESEL: ..... 5. Kod, Miasto: .....  
2. Nazwisko: ..... 6. Gmina/Dzielnica: .....  
3. Imię: ..... 7. Ulica: .....  
4. Data urodzenia: ..... 8. Nr telefonu: .....  
9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? .....  
10. Nr telefonu komórkowego: ..... 11. Adres e-mail: .....

12. Zajęcie:       uczeń                       pracownik umysłowy       pracownik fizyczny  
                          rolnik                               emeryt/rencista               inny

13. Wykształcenie:       niepełne podstawowe       podstawowe       zas. zawodowe  
    średnie                               niepełne wyższe       wyższe

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:  
 lekarz POZ     zaproszenie SMS  
 lekarz specjalista                                       imienne zaproszenie otrzymane pocztą  
 położna lub pielęgniarka środowiskowa       inne źródła, jakie? .....  
 prasa, radio, telewizja, Internet

15. Pierwsza miesiączka (wiek): ..... / nie pamiętam  
Ostatnia miesiączka (wiek): ..... / nie pamiętam \*) (\*) w przypadku zaprzestania miesiączkowania  
lub ostatnia data: .....

16. Liczba porodów: .....

17. Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?       nie  tak  przestała

18. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?       nie  tak

19. Czy przechodziła Pani hormonoterapię?       nie  tak

20. Czy stosuje Pani IUD?       nie  tak

21. Rok ostatniego badania cytologicznego: ..... wynik: (PRAWDŁOWY/NIEPRAWDŁOWY)

22. Podwyższone ryzyko:       immunosupresja       zakażenie HIV       HPV HR

23. Osoba wykonująca badanie:

24. Ocena makroskopowa szyjki macicy:  
 stan zapalny                               kłykcina (brodawczak)  
 erytroplakia                               zniekształcenie  
 przerost                                       martwica  
 polip     guz (naciek)  
 owrzodzenie                               inne

25. Uwagi: .....

.....  
.....

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.U.E.L Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000). **(obowiązkowe)**
- Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS zawiadomienia o kolejnej wizycie. (nieobowiązkowe, niepotrzebne skreślić)

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis świadczeniobiorcy